ÉTUDE

N° 59.

SUR

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 11 août 1884

PAR

Émile TRÉDOS

Né à Saint-Thibéry (Hérault)

Élève du Service de santé militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠.....) Assesseurs
GRASSET..... ....)

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N...
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. BENOIT, *président ;*
DUBRUEIL, professeur;
JACQUEMET, agrégé ;
MAIRET, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

E. TRÉDOS.

INTRODUCTION.

Appelé d'urgence et par ordre à l'hôpital militaire de Marseille, à l'occasion de l'épidémie cholérique qui y sévit en ce moment, je me vois contraint d'écourter ce modeste travail. Je solliciterai donc toute l'indulgence de mon jury ; puisse ma bonne volonté, malheureusement impuissante, me valoir la bienveillance de mes Juges.

L'historique de la question ayant été traité magistralement par M. le professeur-agrégé Anger, dans sa thèse, je renverrai donc à ce remarquable travail pour tout ce qui concerne l'état de la question avant 1872. Ma seule ambition est de résumer l'état actuel de la science au sujet du cancer de la langue.

Que M. le professeur-agrégé Tédenat, qui a bien voulu me donner le sujet de ma thèse et m'aider de ses conseils dans mes recherches, reçoive ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Pourrai-je jamais assez remercier mes Maîtres de l'Ecole de Montpellier et mes chefs dans la médecine militaire, de la bienveillance qu'ils ont toujours eue pour moi.

Puisse cette bienveillance ne pas me faire défaut dans cette dernière épreuve.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0051

ÉTUDE

SUR

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le cancer épithélial est-il la forme unique du cancer lingual? La question n'est pas encore absolument jugée. Tandis que Wirchow, Frerichs, Broca, Lebert et Bouisson admettent toutes les formes de cancer à la langue; Paget, Billroth, Thiersch, Hutchinson, Honnaves, Fairlie Clarke, Weber et Anger n'admettent que l'épithélioma.

Forster a une opinion intermédiaire, il admet que l'on peut, outre l'épithélioma, trouver aussi à la langue, avec moins de fréquence, il est vrai, le squirrhe et l'encéphaloïde. En somme, je crois qu'on peut éliminer le squirrhe de Forster et Morel-Lavallée et admettre que ce prétendu

squirrhe n'est autre chose que l'épithélioma à forme dure et atrophique de Otto Weber.

En effet, nous voyons que dans la célèbre observation de squirrhe présentée par M. Morel-Lavallée à la Société de Chirurgie, en 1845, l'examen histologique ne fut pas fait ; or, on peut considérer ce cas de squirrhe comme non avenu, le microscope étant le souverain juge en pareille matière.

En résumé, et vu mon défaut d'expérience, je ne me permettrai pas de conclure, mais je pense qu'en présence d'un cancer lingual, on peut, avec beaucoup de chances de tomber juste, affirmer l'existence d'un épithélioma. Je crois prudent de ne pas rejeter complétement toutes les autres formes de cancer, car il se peut que l'examen histologique vienne plus tard démontrer leur existence.

Cependant je me crois obligé à ne décrire que l'histologie de l'épithélioma lingual, attendu que je me suis proposé, d'après le titre que j'ai inscrit en tête de ce modeste opuscule, de ne parler que de l'épithélioma.

Le siège de prédilection du cancroïde lingual est la face dorsale de la langue. On peut l'observer sur toutes les parties de cette face, à la pointe, sur les bords, sur la ligne médiane depuis la pointe jusqu'à la base. On a voulu voir entre le siège du cancroïde et sa situation superficielle ou profonde un rapport qui est vrai, mais pas absolu. C'est ainsi qu'on a dit que l'épithélioma profond siège surtout sur la face dorsale, tandis que le cancroïde superficiel se montre de préférence à la pointe ou sur les bords. La face inférieure et les côtés du frein sont rarement le siège du cancroïde ; mais alors le plancher buccal est rapidement envahi par le néoplasme, les ganglions sont engorgés pour ainsi dire d'emblée et l'opération difficile et laborieuse devra être faite hâtivement sous peine d'insuccès.

La marche de l'épithélioma n'est pas sensiblement modifiée par la différence de siège, mais le pronostic est d'autant plus grave que le mal siège plus près de la base; c'est alors qu'on le voit se propager aux piliers, au voile, aux amygdales, à l'épiglotte et même plus bas ; si le cancroïde siège autour du frein il n'est pas rare de le voir envahir le maxillaire inférieur. Je n'ai pas besoin d'insister sur les conséquences funestes de cette dernière complication.

Le cancroïde est très rarement double d'emblée, cependant il en existe des cas très avérés dans la science. Trélat en a vu un qu'il cite dans une de ses cliniques.

Le cancroïde profond envahit difficilement et plus tardivement que l'épithélioma superficiel, les deux côtés de langue. La raison en est facile à saisir si on se rappelle la disposition de l'angle dièdre formé par le fascia de Zaglas et le septum lingual qui se rejoignent à angle droit sur la ligne médiane ; pour qu'il puisse gagner le côté opposé, le mal est obligé de forcer l'une de ces deux barrières. L'épithélioma papillaire, au contraire, n'a à vaincre aucune de ces résistances puisqu'il est situé à la face externe du fascia de Zaglas; il peut donc envahir rapidement le côté primitivement sain. On a cru remarquer que l'épithélioma siégeant à la face inférieure de la langue s'étendait plus en surface qu'en profondeur, sans qu'on puisse cependant en donner la vraie raison.

Disons enfin, pour terminer, que Verneuil et Demarquay ont signalé le sillon qui sépare la langue de l'amygdale comme étant assez souvent le point où débute l'épithélioma interstitiel.

Examen histologique. — Je décrirai, avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique du cancroïde lingual, deux formes d'épithélioma: 1° l'épithé-

lioma papillaire ou superficiel ; 2° L'épithélioma interstitiel, inter-papillaire ou profond. Avec Robin et Tiersch, je rejetterai l'épithélioma primitif glandulaire ; les glandes n'étant jamais ici le point de départ du cancroïde, mais disparaissant, au contraire, par suite de la compression qu'exercent sur elles les tissus morbides.

1° *Epithélioma papillaire.* — A son début, cette forme d'épithélioma se présente sous des aspects divers. Tantôt c'est une verrue à laquelle la malade n'attache pas grande importance et qui n'appelle l'attention que par la gêne légère dont elle est cause.

Rarement le cancroïde se développe sur un nœvus.

Le mode d'origine le plus fréquent est le psoriasis, appelé aussi plaque blanche plaque grise, plaque des fumeurs, c'est ce que les auteurs anglais appellent à tort ichthyose. Je parlerai plus loin des rapports bien connus aujourd'hui du cancroïde et du psoriasis lingual. Pour le moment, je veux éliminer l'ichthyose pour n'avoir plus à en parler. Fairlie Clarke soutient que l'ichthyose n'existe pas à la langue, elle ne peut exister que sur la peau, car elle est liée, dit-il, à un trouble de la sécrétion sébacée et des fonctions de la transpiration. En outre, elle est congénitale, incurable et parfaitement bénigne, caractères complètement opposés à ceux du psoriasis et du cancroïde qui lui est consécutif.

Robin admet que le cancroïde peut aussi prendre naissance sur des condylomes vénériens. Enfin, les ulcères dentaires, qui à leur origine ont un aspect bénin, peuvent chez certains individus être le point de départ d'un épithélioma.

Il y a d'abord une hypertrophie des éléments épithéliaux qui recouvrent les papilles linguales. Puis il y a hyperplasie de ces papilles qui en même temps perdent leur forme,

deviennent coniques ou fusiformes et augmentent de volume, tandis que leur extrémité libre s'effile et s'allonge.

Toutefois cet effilement de l'extrémité des papilles n'est pas constant. On peut trouver dans le nombre quelques papilles à extrémité plus grosse que la base et représentant assez bien la forme d'une massue. Ces papilles hypertrophiées, à pédicule plus ou moins grêle, sont réunies par touffes bien distinctes, et chaque îlot est séparé des voisins par des sillons plus ou moins profonds, mais qui vont en général jusqu'au chorion muqueux et qui formeront plus tard autant de point d'élection pour l'ulcération. Ces sillons et ces fissures grandissent, se rapprochent, se fusionnent, les ilots papillaires qu'ils comprennent entre leurs mailles disparaissent petit à petit, insensiblement rongés par leur base ; l'ulcération, d'abord peu considérable, est constituée, elle ne tarde pas à s'étendre en surface et en profondeur.

Au début, et avant que l'ulcération soit bien établie, la marche de l'épithélioma papillaire est beaucoup plus lente que celle de l'épithélioma interstitiel, car le premier avant de se propager en profondeur doit détruire le chorion muqueux ; l'épithélioma profond attaque au contraire le chorion par sa face profonde, en même temps qu'il envoie des traînées infectieuses le long des vaisseaux, des lymphatiques et dans les espaces intermusculaires. Je reviendrai plus loin sur ce mode de propagation du cancroïde profond.

Suivant son mode de début, l'épithélioma papillaire peut affecter deux formes à l'œil nu : il est en champignon, offrant l'aspect d'une tumeur exubérante et faisant une saillie plus ou moins considérable à la surface de la muqueuse ; il est en plaque, ne faisant presque pas de relief, mais plus étalé et offrant au toucher la sensation d'une plaque parcheminée à induration plus ou moins nettement limitée et criant sous le scalpel. La tumeur est cornée et jaunâtre à cause des nom-

breux globules épidermiques qui se trouvent dans son sein et auxquels Wirchow a donné le nom expressif de vermioths.

Au-dessous, dans la couche de Malpighi, on trouve un grand nombre de cellules embryonnaires rondes qui changent de forme et affectent les figures les plus variées; elles deviennent déchiquetées sur leurs bords, crénelées, polygonales, en raquette, en massue, etc. Le tissu conjonctif des papilles ne tarde pas, lui aussi, à être irrité et à proliférer; on y trouve des fibres-cellules en quantité variable. Quand le chorion muqueux a été détruit, les cellules embryonnaires se montrent le long de la gaîne des vaisseaux lymphatiques et sanguins et dans les espaces intercellulaires remplis de tissu cellulo-graisseux lâche et abondant. Ainsi s'explique la propagation rapide du néoplasme et les noyaux indurés divergents qu'il envoie en tous sens.

On sait que tout épithélium pavimenteux peut donner naissance à trois espèces d'épithélioma: lobulé perlé et tubulé. Les deux premières semblent être plus fréquentes que la dernière.

Dans la première période, période non ulcéreuse, la prolifération et l'accumulation des couches épidermiques a prédominé; la seconde période se distingue par l'exfoliation épidermique et l'ulcération.

Les bords de l'ulcère sont déchiquetés, bourgeonnants, végétants, tapissés de papilles fongueuses, épais, fermes, indurés. L'ulcère est à fond anfractueux, sanieux, tapissé d'un pus jaunâtre et fétide, il repose sur une base indurée et comme parcheminée. Cette induration varie avec la densité du tissu conjonctif et la disposition plus ou moins serrée des tractus épithéliaux et embryonnaires.

2° *Epithélioma interstitiel.*—Tandis que la forme papillaire débute par le sommet des papilles, l'épithélioma interstitiel

a son origine à la base de ces papilles et dans les sillons qui les séparent, sillons interpapillaires.

Quelque soit le point de départ de l'épithélioma, sommet ou base des papilles, on conçoit que l'on devra, à l'examen histologique, retrouver les mêmes éléments caractéristiques : cellules épithéliales et embryonnaires diversement modifiées.

Les cellules embryonnaires sont empilées, sous forme de cylindres irréguliers, à renflement, disséminés de distance en distance suivant le plus ou moins de résistance opposée par les tissus circonvoisins.

Les cellules sont volumineuses, larges, à contours plus ou moins finement dentelés, les cylindres et les amas qu'elles forment sont séparés par des tractus de tissu lamineux. Ces cellules s'infiltrent non seulement dans les gaines et les parois des vaisseaux sanguins, ce qui rend compte des hémorrhagies qui peuvent se produire dans la première période, mais encore dans la lumière des vaisseaux lymphatiques et de là dans l'intérieur des ganglions où elles ne tardent pas à proliférer et à donner naissance à de nouveaux foyers cancéreux.

Les avis sont partagés quand il faut décrire le processus qui préside à la disparition des fibres musculaires. Pour Robin, les fibres musculaires seraient détruites par atrophie moléculaire simple, elles seraient pour ainsi dire étouffées, mangées par les cellules embryonnaires. Pour Lebert, Thiersch et Heurtaux, les muscles seraient atteints de dégénérescence granulo-graisseuse.

Quand l'ulcération est profonde et bien constituée, il est impossible, surtout au microscope, de reconnaître quelle a été la forme de début. Du reste, à cette période cela importe peu.

Suivant que la marche est rapide ou lente, la physionomie

de Dulière varierait, d'après Th. Anger; c'est ainsi que dans un ulcère à marche rapide, les globes épidermiques seraient rares et le suc abondant et lactescent; l'inverse aurait lieu dans les cas où le cancroïde a une marche lente.

Avant de terminer, je me contenterai de citer une espèce d'épithélioma qui, par son aspect extérieur, se rapproche du squirrhe des autres régions et notamment de celui de la mamelle. C'est ce que Holmes Cootes (*Pathological Society* 1859, Londres, *in* Thèse de Cuxac), a appelé épithélioma cicatrisant; la langue est dure, cornée, ratatinée, elle a un aspect ligneux tout particulier: on l'a comparée à la langue du perroquet.

Cette forme se distinguerait par une marche plus lente. C'est l'épithélioma atrophique d'Otto Weber, le carcinome épithélial cicatrisant de Billroth.

La dureté de cet épithélioma serait due à la prolifération et à la rétraction du tissu conjonctif.

J'ai dit incidemment comment on pouvait expliquer l'infection ganglionnaire par les cylindres engagés dans l'intérieur des lymphatiques ; pour Lebert et Robin, il y aurait transport du blastème au sein de la masse ganglionnaire.

APPENDICE.

Sur 17 cas dont il a fait l'analyse histologique, M. Tédenat a toujours trouvé de l'épithélioma et jamais le carcinome tel que le définissaient Cornil et Ranvier.

L'étude histologique rend bien compte des récidives. A deux centimètres et demi des limites apparentes du mal, M. Tédenat a trouvé des îlots de cellules épithélioïdes, dont rien, à la coupe macroscopique, n'annonçait la présence. Dans ce cas, la récidive eut lieu au bout de 3 mois.

Les lésions des nerfs lingual et hypoglosse, sont bien intéressantes mais encore peu étudiées. Dans un cas, M. Tédenat a trouvé des renflements sur la partie extra-linguale du lingual. A la coupe, ces renflements étaient constitués par des amas d'éléments embryonnaires, ayant à leur centre des cellules épithélioïdes très nettement caractérisées. Les nodules siégeaient sur la gaîne externe du nerf, dont quelques filaments avaient seuls subi une atteinte profonde (boules myéléniques, multiplication des noyaux).

Souvent, M. Tédenat a vu des amas épithélioïdes dans les ramifications nerveuses intra-linguales.

Dans l'un et l'autre cas, ces altérations nerveuses expliquent les douleurs vives. (Clinique du mois de mai 1884.)

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

Je vais examiner successivement les diverses causes qui peuvent aider à expliquer l'apparition de l'épithélioma de la langue. Je commence par les plus faciles à démêler, celles où la statistique pourra me fournir le plus de renseignements.

Age. — L'épithélioma peut apparaître à tous les âges, mais si Jacobi a cité un cas d'épithélioma congénital et si Weber a vu un épithélioma chez un centenaire, il n'en est pas moins vrai que l'âge d'élection du cancroïde lingual est entre 40 et 70 ans. Et si l'on veut encore resserrer ces limites, on peut dire avec les statistiques d'Otto Just, que c'est entre 50 et 70 ans qu'il se montre le plus fréquent.

Au-delà de 70 ans on ne l'observe guère, c'est un mal qui tue rapidement, et, avec lui, comme on l'a dit souvent, on ne devient pas vieux.

M. le professeur Bouisson donnait des limites plus larges de 18 à 60 ans ; mais je crois avec tous les auteurs que les cas qu'on observe avant l'âge mûr sont de rares exceptions, tels sont: deux cas à l'âge de 18 ans, dont l'un est cité par Wirchow et l'autre dans le *Medical times and gazette* (avril 1873) ; le plus jeune des malades de Trélat avait 32 ans.

Sexe. — Tout le monde est d'accord sur ce point: le sexe a une influence prépondérante sur l'apparition du cancroïde

lingual qui est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Mais s'agit-il d'établir les proportions, c'est alors que les avis commencent à diverger.

Mon expérience personnelle étant trop faible à ce sujet, je suis contraint de ne pas me prononcer catégoriquement; je m'en rapporterai donc à Follin qui, sur 17 cas de cancroïde, en a vu 16 chez l'homme et 1 chez la femme; Th. Anger trouve ce rapport trop faible et pense qu'il est 75 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme; Trélat sur 62 cas, en a vu 60 chez l'homme et 2 chez la femme.

Quelle est la cause de cette préférence du cancer de la langue pour le sexe masculin? Les irritations diverses et répétées, telles que les excès de boissons alcooliques et de tabac. Il s'en faut cependant que l'accord soit unanime sur ce point: tandis que M. Bouisson attribuait une grande influence à ces causes irritatives sur lesquelles je reviendrai plus loin, M. le professeur Dubrueil n'y croit pas, c'est ce qui lui faisait nous dire dans une de ses leçons cliniques de cette année: « En Bretagne, les femmes fument la pipe et boivent »l'eau de vie comme les hommes, et cependant elles n'en ont »pas plus de cancroïdes pour cela.»

Hérédité.— L'hérédité de l'épithélioma est bien établie; mais il y a plus, un cancer, quelle que soit son espèce, peut en passant à un descendant donner lieu à un cancroïde; il y a alors atténuation. Plusieurs cas de cette transformation existent dans la science: Werner (*in* thèse d'Anger) parle d'une femme atteinte de cancroïde et dont la mère était morte d'un cancer du sein; la malade qui fait l'objet de l'observation VIII, de Th. Anger, avait vu mourir sa mère d'un cancer de l'utérus. Pamard possède un cas absolument semblable. Bien souvent les recherches les plus minutieuses ne peuvent rien établir en faveur de l'hérédité; cependant

Paget admet qu'on la retrouve dans un sixième des cas et Heurtaux dans un dixième.

Parlerai-je ici d'une opinion d'Erasmus Wilson reprise par Taylor il y a à peine quelques mois et qui ferait intervenir l'hérédité d'une manière indirecte; voici comment: d'après eux, le psoriasis est une manifestation éloignée de la syphilis héréditaire tardive, et tout le monde sait les liens étroits qui unissent le psoriasis lingual et le cancroïde. Je n'ai pas besoin d'insister sur les effets désastreux de cette idée, au point de vue du traitement du psoriasis, car ces auteurs proposent l'emploi du mercure, traitement qui comme effet donne souvent lieu à la transformation rapide du psoriasis en épithélioma. Je crois donc que l'on doit, avec Hardaway et Duhring, rejeter cette dernière opinion.

Causes irritantes externes. — Elles ont une influence certaine quand les causes organiques, diathésiques existent déjà; voici comment s'exprimait à ce sujet M. Bouisson : « Les causes extérieures ne sont pas sans influence sur le »développement de la maladie, mais elles ne sauraient à »elles seules créer la prédisposition aux affections cancé»reuses. On comprend que tous les irritants qui agissent sur »la langue, et notamment la chaleur de la pipe, l'action »irritante du tabac chiqué ou fumé, etc., favorisent l'appa»rition du cancer, ainsi que cela résulte des nombreuses »observations que nous avons recueillies.» Il cite à l'appui 150 observations. Lebert partage complètement son opinion. Mais combien n'y a t-il pas de sujets qui n'ont jamais fumé et qui ont cependant un cancroïde; d'un autre côté, combien de fumeurs convaincus qui n'ont jamais eu d'épithélioma, et enfin, le cancroïde était connu bien avant l'usage du tabac. On a donc exagéré l'effet du tabac, surtout quand on a appelé le cancroïde buccal, cancer des fumeurs. Le carbonate

et l'acétate d'ammoniaque, corps très irritants que Ludwig a trouvés dans la fumée de tabac, pas plus que la brûlure chronique produite par la pipe, n'ont d'action spécifique sur la génèse du cancroïde, ils ont le même effet que toutes les causes d'irritation banale et longtemps prolongée : saillie dentaire, malpropreté, défaut de soins hygiéniques. C'est ainsi que M. le Professeur-Agrégé Tédenat (*in* thèse de Cuxac), sur 30 cancroïdes de la langue ou des lèvres, en a vu survenir 26 chez des villageois peu soigneux de leur personne. Besnier dit avoir vu chez des souffleurs de verre des épithéliomas naître sur une plaque de psoriasis située à l'embouchure du canal de Sténon, et cela du côté où était placée d'habitude la canne à souffler.

En résumé, disons avec Besnier et Doyon que « tous les points de la peau où des muqueuses qui sont le siège d'une irritation prolongée, peuvent devenir le lieu d'élection d'un épithélioma», et on s'étonnera que le cancer de la langue, déjà si fréquent, ne le soit pas davantage, quand on songe à la délicatesse de l'épithélium lingual, à sa prolifération et à ses mues normalement si actives, aux causes d'irritation nombreuses auxquelles il est soumis par le fait des frottements produits par la mastication et la parole, ainsi que par les altérations que lui fait subir la putréfaction des parcelles alimentaires et des liquides buccaux chez certains sujets.

Enfin, j'ajouterai que chez certaines personnes, l'imminence du mal est telle, qu'un traumatisme unique, une morsure (Observation de Négligan), a suffi pour déterminer le *locus minoris resistentiæ* où devait se montrer le néoplasme. Hulke a pu réunir 7 observations dans lesquelles un traumatisme fut la cause occasionnelle d'un cancroïde buccal; celle-ci est une des plus remarquables. Un garçon d'écurie de 63 ans, grand fumeur, se fit à la voûte palatine une légère blessure au moyen d'un tuyau de pipe accidentellement

enfoncé dans la bouche; quelques mois après il mourait d'un épithélioma de la voûte palatine.

Diathèses. — Les diathèses agissent sur la pathogénie du cancroïde, soit directement, soit indirectement; directement en le créant de toute pièce ; indirectement en donnant naissance au psoriasis lequel crée une susceptibilité morbide plus grande de l'épithélium lingual vis-à-vis du cancroïde. C'est ainsi qu'agit la syphilis en produisant fréquemment le psoriasis buccal, de même l'arthritisme (Bazin) et l'herpétisme (Hardy).

Souvent deux de ces diathèses se combinent pour faire apparaître le psoriasis ; la syphilis, en effet, loin d'anéantir les autres diathèses semble leur donner une nouvelle vigueur: « la syphilis éveille la dartre » (Ricord); aussi peut-on voir chez un syphilitique un psoriasis qui ne sera nullement syphilitique et pour lequel le traitement mercuriel sera le meilleur moyen d'aggravation rapide. Dans d'autres cas, au contraire, le psoriasis sera franchement syphilitique ainsi que le prouvera l'efficacité du traitement mercuriel. Souvent le diagnostic sera difficile, témoin le cas cité par Debove, où un psoriasis compliquant un chancre lingual ne fut pas influencé par les mercuriaux.

Tempérament, Constitution. — Aucun tempérament, aucune constitution ne met à l'abri du cancer lingual, a dit Velpeau. Pas n'est besoin d'insister sur cette triste vérité que l'expérience vient confirmer tous les jours.

Citerai-je encore l'influence de la misère, des chagrins, des peines morales, des passions déprimantes, des privations et autres causes du même genre, à effets peu déterminés.

Langenbeck parle d'un cas de contagion du cancroïde (*in* thèse de Boyer); encore faudrait-il démontrer que le sujet

inoculé n'aurait pas été plus tard spontanément atteint de cancroïde; et en admettant que cette démonstration fut possible, ce n'est pas sur une seule observation qu'on peut ériger une question scientifique de cette importance.

Psoriasis et cancroïde. — Avant de passer à la symptomatologie, je me crois obligé de m'arrêter un peu sur les rapports qui existent entre le psoriasis et le cancer; car de la connaissance bien nette de ces rapports et de la conduite que ceux-ci dictent à l'homme de l'art, résulte souvent une guérison radicale du cancroïde, dont je citerai des exemples plus bas.

Un mot me suffira pour montrer l'importance de cette question. Il est quelquefois difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer un psoriasis avancé d'un épithélioma commençant; et cependant tout est là pour le salut du malade. Dans le premier cas, on n'a affaire qu'à une lésion gênante, mais essentiellement bénigne, quoique tenace; dans l'autre, au contraire, on est en présence d'un mal «des plus »graves et des plus désespérants que le chirurgien puisse trouver.» (Trélat.)

Après avoir lu les travaux les plus remarquables parus dans ces dernières années, sur le psoriasis (Debove, Simon, Mauriac, Devergie, Fourrys, Taylor, Merlalen, Hardy, Vidal), je me suis convaincu de la difficulté qu'il y avait à le bien comprendre. En effet, tandis que les uns le distinguent de l'ichthyose, certains, et Th. Anger, entre autres, prétendent que l'ichthyose des dermatologistes anglais n'est autre chose que notre psoriasis. Vidal est plus affirmatif: « Il n'y a pas de »psoriasis des muqueuses» dit-il. Mauriac au contraire dans sa thèse sur le psoriasis lingual, dit: « Le psoriasis est bien nommé » et chacun le définit et le dénomme à sa manière; c'est l'ichthyose linguale de Plumbe, la leucoplasie buccalis

de Schwimmer, la leucoplasie buccale de E. Vidal, le kératosis de Kaposi, la stomatite épithéliale chronique d'Ernest Besnier, taches blanches épithéliales de Devergie; mais ce n'est rien encore et la confusion est vraiment à son comble quand il s'agit de décrire son étiologie, sa marche, son anatomie pathologique et ses symptômes. Il sera facile de comprendre la réserve aussi prudente que forcée dans laquelle je me tiendrai à ce sujet ; je laisserai donc à d'autres plus savants que moi en dermatologie, le soin difficile de tracer nettement les limites de la question. Je me contenterai de transcrire ici la description de Bazin, qui bien que n'étant pas la plus moderne, me semble encore la plus convenable. « Cette affection est formée par de petites pellicules blan»châtres, à contours tantôt unis et tantôt irrégulièrement »dentelés. Ces pellicules... forment souvent des bandelettes »étroites et longitudinales. Très adhérentes, elles font à »peine saillie à la surface de la muqueuse. Elles sont sèches »et rugueuses au toucher, tandis que les parties voisines »offrent leur état normal. Cette affection n'est pas doulou»reuse, mais elle occasionne une gêne continuelle et préoc»cupe singulièrement les malades. Nous l'avons observé le »plus souvent chez des sujets arthritiques, quelques-uns »avaient eu antérieurement des accidents syphilitiques. » (*In* Debove.)

Pour Debove, le pityriasis se distingue du psoriasis par des écailles plus fines. « L'ichthyose est une affection congéni»tale, une difformité du tégument, tandis que le psoriasis est »acquis; en outre, l'ichthyose n'évolue pas, le psoriasis évolue, »on sent que, au dessous de l'épithélium, le derme est tou«jours en activité morbide. » (Mauriac.)

Quoi qu'il en soit, et sans avoir la prétention de trancher la question, j'employerai le mot psoriasis lingual pour désigner toute affection squameuse, pouvant aboutir à une cer-

taine période de son évolution, à la transformation épithéliomateuse.

La seule conséquence pratique que je veuille tirer de ce que j'ai dit, c'est que l'on doit surveiller attentivement toute lésion de la langue qui n'offre pas de caractères bien tranchés, et avoir toujours présente à l'esprit la transformation possible de ces plaques, qui sont restées stationnaires pendant 10, 20 et même 30 ans, en papillome, puis en épithéliome.

L'épithélioma succède souvent au psoriasis quelle que soit sa forme. Parmi les observations les plus connues, je citerai:

1° Observation de Négligan. Psoriasis de la langue donnant lieu à un cancer de la langue après 30 ans de durée.

2° Une observation d'Anderson publiée dans *Glascow medical journal*, 1868.

3° Deux observations de Hulke. — Ichthyose datant de 20 ans, et ayant été suivie de cancer Société clinique de Londres, 9 octobre 1868 et 1871).

4° Paget. *Id.* même séance.

5° et 6° Deux cas d'Andrew Clarke, chez des souffleurs de verre.

7° En 1875, R. Weil a pu recueillir 43 faits de psoriasis lingual, dans 30 desquels il y a eu cancer (*in* Cuxac).

8° Desprès, en 1880, observe un homme de 35 ans qui était porteur depuis plus de 20 ans d'un psoriasis lingual. Au moment où il le voit, il y a une ulcération entourée d'indurations depuis 5 mois. Il enlève la tumenr et reconnaît un épithélioma tubulé.

9° Trélat présente à la société de chirurgie (22 décembre 1880) plusieurs observations de leucoplasie buccale suivie de cancer. L'un de ses malades était en même temps

porteur d'un eczéma et d'une ancienne syphilis. Sur 12 cas, 9 fois le cancer a été précédé de leucoplasie.

10° Goodhart cite deux cas d'ichthyose suivie de cancer chez des syphilitiques.

11° Sir James Paget rapporte l'observation d'une dame qui eut un psoriasis lingual suivi d'épithélioma (*in* Simon Th.).

12° Morris à l'hôpital de Middlessex a observé 3 cas semblables dans l'espace de 6 mois (*in* Simon).

13° Fourrys cite deux cas d'ichthyose transformée en épithélioma, trouvés par lui dans *la Lancet* (1868).

14° Houël cite un médecin dont la langue présenta du psoriasis pendant 12 ans et qui finit par avoir un cancer.

15° Nedopill, 15 observations de cancer enté sur psoriasis buccal ou lingual.

Enfin, aujourd'hui on ne compte plus dans la science, tant ils sont nombreux, les cas semblables, tels que ceux de Verneuil, Bazin, Hardy, Laillier, Hillairet, Panas, Dolbeau, etc.

Qu'il me soit permis en terminant cette longue énumération, de citer une observation résumée de M. Trélat.

«Un homme vigoureux, d'une santé robuste, de belle »stature, vint me consulter pour une leucoplasie buccale. Je »pris conseil d'un certain nombre de médecins s'occupant »plus spécialement de dermatologie, et, d'un commun accord, »nous conseillâmes un traitement anodin consistant: en ces»sation de fumer, lotions alcalines, application sur la langue »de glycérolés légèrement astringents. Ce traitement fut tout »d'abord suivi d'un bon résultat et la leucoplasie avait dimi»nué, lorsque, deux ans plus tard, je revis le malade à pro»pos d'un léger soulèvement avec épaississement de la »muqueuse linguale du dos de l'organe. J'en fis l'ablation, »et la partie enlevée ayant été examinée par M. Cornil, celui-

»ci me fit connaître qu'il y avait trouvé une agglomération »de cellules jeunes, embryonnaires.....»

M. Trélat est resté convaincu qu'il a enlevé un épithélioma naissant, et cela est si vrai, que les paroles suivantes de M. E. Vidal semblent avoir été précisément dites pour s'appliquer à l'observation qui précède: « Vous avez là ce que »je considère comme le deuxième stade de la leucoplasie »buccale, l'état papillomateux qui confine à la transformation »épithéliomateuse et qui en est ordinairement le début, tout »au moins le degré intermédiaire.»

De ce qui précède, il ne faudrait pas conclure que toute leucoplasie linguale aboutit fatalement au cancroïde, et que tout cancroïde est toujours précédé pendant plus ou moins longtemps de leucoplasie. Il n'en est rien. En effet, Henry Morris dit avoir vu 14 cas d'ichthyose non suivis de cancer, et Schwimmer n'a vu la terminaison cancéreuse que 4 fois sur 20 cas.

Maurrac va plus loin. Il se demande si l'on peut admettre un psoriasis destiné fatalement à dégénérer en épithélioma, et il répond par l'affirmative. Il donne même les caractères qui permettent de distinguer le futur épithélioma alors qu'il n'est encore que psoriasis. Il admet comme signes probants, une salivation abondante, une gêne assez considérable et des douleurs lancinantes. En outre, le psoriasis du groupe dartro-arthritique reste toujours squameux, immobile et n'est que très difficilement influencé par les médications les mieux appropriées. Le psoriasis syphilitique est très rapidement curable. Le psoriasis épithéliomateux a une durée moins longue et s'aggrave progressivement.

Enfin, l'engorgement ganglionnaire n'existe pas dans le groupe dartro-arthritique.

Eh bien! quoiqu'en dise M. Mauriac, je crois pouvoir affirmer que le diagnostic du prétendu psoriasis épithéliomateux

n'est pas aussi facile. En effet, si l'on voit une gêne assez considérable dans le psoriasis, et quelquefois un peu de salivation, on n'avait jamais cru le psoriasis capable de provoquer des douleurs lancinantes et un engorgement ganglionnaire. Il me paraît donc certain que M. Mauriac a pris un épithélioma commençant pour un psoriasis, et il est fort probable qu'on eut trouvé à l'examen microscopique les caractères que Debove a rencontrés dans certaines de ses préparations qui n'étaient autre chose que de l'épithélioma tout à fait à son début, mais déjà bien net.

De cette digression déjà trop longue, ressortira ce précepte : Quand on voit un psoriasis lingual, songer toujours à la possibilité et souvent à la probabilité d'un épithélioma et se tenir prêt à opérer largement dès qu'on observera le moindre bourgeonnement suspect. Plus loin, j'exposerai les caractères qui permettent, dans la plupart des cas, d'affirmer que la transformation néoplasique vient de se faire.

CHAPITRE III.

SYMPTOMATOLOGIE

Je serai obligé pour la commodité de la description et bien qu'ils marchent de pair, de séparer les symptômes fonctionnels des symptômes objectifs; je décrirai ceux-ci en second lieu.

Les symptômes subjectifs sont tout-à-fait insignifiants au début. C'est d'abord une gêne légère pouvant disparaître momentanément et à laquelle le malade n'attache que fort peu d'importance, si tant est même qu'il y fasse attention. Les malades qui s'observent en accusent des causes banales : telles que excoriation par pointe de dent, ou brûlure produite par l'abus du tabac.

Mais cette gêne ne disparaît plus, elle s'accompagne d'une sensation parcheminée qui fait paraître la langue plus raide, plus épaisse et plus lourde du côté atteint; en même temps apparaissent des démangeaisons, une légère sensation de brûlure se produisant avec plus de netteté la nuit, sans que pour cela le sommeil en soit déjà troublé. Certains malades interrogés sur le début de leur épithélioma, nous diront qu'il a succédé à une brûlure, à ce qu'ils croient.

Devant des troubles aussi légers, le malade ne modifie en rien son hygiène buccale; et cependant apparaissent des douleurs, d'abord légères, ayant la rapidité d'un éclair, et que par suite de leur peu d'intensité et de durée le malade ne peut définir, ni comparer à une douleur connue. Ces phé-

nomènes pénibles ne tardent pas à s'accentuer, les douleurs sont plus nettes, plus tranchées, en même temps elles se rapprochent pour ne plus laisser, à la dernière période, un seul instant de repos au malheureux patient ; elles sont alors franchement lancinantes, et qu'on me pardonne le mot subintrantes ; on dirait qu'il y a deux sortes de douleurs qui se superposent : la première continue, sourde et comme gravative ; l'autre au contraire intermittente, térébrante et horriblement vive. Dans certains cas, elles semblent être calmées par une pression, une morsure légère, comme dans une des observations que je rapporte. Cullerier neveu cite un cas qui est je crois unique dans la science ; un cancer aurait complètement détruit la langue sans causer de douleur.

Ces douleurs ne restent pas localisées à la langue, elles présentent souvent des irradiations vers la base du crâne (Bouisson), vers le cou et la gorge (Robert), et dans l'oreille. Cette otalgie qui est si fréquente et quelquefois si intense a inspiré une thèse remarquable au Dr Richard. Cet auteur l'a vue 17 fois sur 19 cas, avec une intensité variable ; elle naîtrait seulement quand le néoplasme aurait franchi le chorion muqueux et viendrait directement irriter les terminaisons du nerf lingual ; dans le cancer interstitiel, elle serait donc plus précoce et constituerait un excellent signe diagnostique. Cette douleur d'oreille est soudaine, spontanée, très vive, se produisant surtout la nuit et réveillant le malade ; l'ouïe cependant n'a rien perdu de son acuité. Quant à son époque d'apparition, elle n'a rien de bien fixe, elle peut exister avant l'ulcération ; mais en général elle se montre de 2 à 30 mois après le début de l'épithélioma ; avec les progrès du mal, elle peut augmenter, rester stationnaire ou diminuer et disparaître même.

L'otalgie siège du côté de la lésion ; mais elle est bilatérale quand le cancroïde occupe la ligne médiane ; c'est ce qui

ressort de deux observations de la Thèse que je viens de citer.

Observation VI, prise dans le service de M. Tillaux : épithélioma de la base de la langue et de la face antérieure de l'épiglotte. Douleur dans les deux oreilles.

Observation VII, la tumeur avait envahi les deux côtés de la face inférieure de la langue : otalgie double.

Cette douleur d'oreille n'est pas d'ailleurs un phénomène récemment découvert, elle avait été déjà vue et bien décrite par Arnolt, Larry, Thiersch, Bouisson et bien d'autres encore

Ces irradiations douloureuses s'expliquent bien, fait remarquer Th. Anger, par l'anastomose de la corde du tympan avec le lingual.

Quand le néoplasme siège sur la base de la langue, ce n'est plus le lingual qui intervient mais le glosso-pharyngien qui se trouve en rapport avec la caisse du tympan, grâce au rameau de Jacobson.

Vander-Kolk croit avoir trouvé la cause première des douleurs dans l'excitation que les éléments épithéliaux proliférés font subir aux rameaux nerveux.

Dès le début, la langue devient moins habile aux divers mouvements qu'elle a à exécuter, elle est fréquemment mordue, d'où petites hémorrhagies et marche plus rapide du mal.

La mastication est difficile et douloureuse, la déglutition gênée quand le néoplasme siège sur le milieu de la face dorsale et près de la base de la langue ; les menaces de suffocation fréquentes, par suite des fausses routes des aliments, ce que l'on comprend sans peine quand on songe au rôle important joué par la langue dans les premiers temps de la déglutition.

Les menaces d'asphyxie et le cornage peuvent être permanents si la tumeur est volumineuse et profondément pla-

cée ou intermittents si elle est pédiculée et qu'elle vienne gêner les mouvements de l'épiglotte ; la trachéotomie devient alors urgente. L'asphyxie peut aussi être causée par un œdème de la glotte, mais celui-ci est alors plus fréquent après une opération ayant nécessité des délabrements considérables.

A la période ultime, on se trouve en présence d'un malade profondément débilité par le manque presque absolu de nourriture, et surtout profondément démoralisé. La teinte générale des téguments n'est pas jaune-paille comme dans le cancer, car le cancroïde ne se généralise pas dans les viscères, mais grisâtre et le malade meurt d'auto-infection à la suite de l'absorption incessante du pus et de la sanie infecte qui emplissent sa bouche.

La salivation est incessante et constitue une grave cause de débilitation et d'insomnie ; la salive mélangée d'ichor d'une horrible fétidité coule continuellement par les commissures labiales ; le malade, par suite de l'immobilité de sa langue, ne pouvant plus ni l'avaler, ni la rejeter au-dehors.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien la parole peut être gênée, surtout quand la langue est immobilisée par ses adhérences avec le plancher buccal. Le goût est plus ou moins complètement aboli au niveau et autour du mal ; c'est d'ailleurs une des choses dont s'occupent le moins les malades.

SYMPTOMES OBJECTIFS.

Avec tous les auteurs, je les diviserai en 3 périodes : 1° début ; 2° période d'état et ulcération ; 3° période d'infection ganglionnaire.

1° Début. — Dès qu'on trouve au microscope un seul glo-

bule épidermique, on n'hésite pas à dire: c'est un cancroïde; mais cliniquement, il est très difficile de saisir le moment précis où l'épithélioma vient de se constituer.

Ici on peut distinguer deux variétés: 1° le cancroïde superficiel ou papillaire et 2° le cancroïde interstitiel.

Le cancroïde papillaire naît comme son nom l'indique au sommet des papilles linguales hypertrophiées; il affecte souvent une ressemblance excessive avec une hypertrophie papillaire simple, avec une plaque de psoriasis ou une plaque des fumeurs; l'une quelconque de ces lésions pouvant en effet lui servir de point de départ.

A côté de ces formes en plaque, on peut trouver d'autres formes: la verrue quelquefois pédiculée (comme dans le cas de Gosselin (*in* thèse de Cuxac) où le pédicule n'avait pas moins de 1 cent. de long), le plus souvent sessile, ce sera aussi un petit bouton blanc dont les croûtes seront plusieurs fois arrachées par le malade lui-même ou par les mouvements imprimés à la langue.

La muqueuse d'abord rouge et desquamée, ne tarde pas à se couvrir d'écailles épidermiques adhérentes que le malade enlève de temps à autre et qui se reproduisent avec une grande rapidité; on dirait que la muqueuse a été cautérisée au nitrate d'argent ou qu'elle est atteinte d'une plaque syphilitique. Sa surface en cet endroit est blanche, nacrée, chatoyante; au toucher, elle est sèche, assez rugueuse, et si on cherche à la pincer entre les doigts, elle offre une dureté, une sensation parcheminée qui est caractéristique et qui semble siéger assez profondément sous l'épithélium; elle est due à l'infiltration du chorion muqueux par les cellules embryonnaires.

Que la forme de début soit une plaque ou un papillome, on ne tarde pas à voir sa surface se fendiller, se crevasser en tout sens, c'est déjà l'ulcération qui commence.

Dès cette période, on peut voir, sous l'influence du traumatisme le plus insignifiant, se produire de petites hémorrhagies capillaires qui sont dues à la fragilité plus grande des petits vaisseaux dont la paroi a subi la transformation embryonnaire.

La forme papillaire est plus circonscrite au début, elle n'envoie pas dans les environs des traînées indurées comme le fait l'épithélioma interstitiel.

Celui-ci peut avoir fait déjà de grands progrès sans que la muqueuse ait encore pris, à l'œil nu, un aspect anormal; et il est des cas où les douleurs lancinantes, la gêne et l'augmentation de volume de la langue ont précédé l'ulcération de la muqueuse. Aussi, quand celle-ci se produit, trouve-t-on déjà un ulcère qui, une fois détergé, émet des prolongements sous le chorion muqueux ; il y a de véritables trajets, des tunnels qui partent du cancroïde en divergeant.

2° *Période d'ulcération.* — Quand un malade se présente à vous au commencement de l'ulcération, est-il possible de dire si le cancroïde a été à son début, superficiel ou profond? Oui, jusqu'à un certain point.

L'existence de modules disséminés, de trajets anfractueux et la présence d'un champignon fongueux entouré d'une collerette de bourgeons végétants et indurés, indiquent le siège primitivement profond du cancroïde.

La forme excavée de l'ulcération qui, en même temps est limitée nettement par un cercle induré, fait penser qu'il y avait au début un épithélioma papillaire.

Mais on ne pourra plus reconnaître ces deux formes, quand l'ulcération sera plus âgée et qu'elle aura gagné en étendue et en profondeur.

Une fois bien constituée, l'ulcération cancroïdale est, d'après Follin et Duplay, « en général assez étendue, à

»surface inégale, anfractueuse, couverte de fongosités »mollasses, saignant avec la plus grande facilité, et laissant »écouler un liquide sanieux et d'une fétidité extrême » ; les bords en sont renversés, indurés, décollés et quelquefois taillés à pic.

Par la pression du fond sanieux de l'ulcère, on fait sortir de petits points jaunâtres, semblables à des vers et que, pour cette raison, Virchow a nommés vermioths. Ces globules épithéliaux sont, quand ils existent, le meilleur signe du cancroïde. Je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'ils sont pathognomoniques.

L'ulcération s'étendant de proche en proche peut gagner le plancher, la langue devient alors immobile par suite des adhérences qu'elle y contracte, les piliers du voile du palais, le voile lui-même, les amygdales, les gencives et alors la bouche tout entière du malheureux n'est plus qu'un vaste cancer. Si le mal se propage vers les replis glosso-épiglottiques et l'épiglotte, il y a œdème de la glotte et asphyxie ou perforation de l'épiglotte aboutissant au même résultat.

3° *Infection ganglionnaire.* — Mais avant de prendre une telle extension, l'épithélioma, par la voie des lymphatiques, a déjà envahi les ganglions sous-maxillaires, péri-thyroïdiens ou carotidiens, suivant que le mal siège sur le tiers moyen du bord lingual, à la pointe ou à la base.

Les ganglions du côté malade sont d'abord et peuvent rester seuls envahis ; mais il n'est pas rare de voir les deux côtés pris, grâce aux anastomoses lymphatiques nombreuses qui existent sur la ligne médiane. *A fortiori*, cet engorgement sera-t-il double, quand l'épithélioma siègera sur la ligne médiane.

Les ganglions à leur première période d'infection sont

durs, ne roulant pas sous le doigt et souvent plaqués contre le maxillaire. Il arrive souvent aussi que les ganglions sont déjà atteints alors qu'on ne soupçonnait encore rien, et c'est seulement lorsqu'on arrive avec l'instrument dans la loge de la glande sous-maxilliaire, qu'on s'aperçoit de l'étendue du mal. Je rappellerai à ce propos l'excellente pratique de Kocher de Berne, qui enlève autant que possible les ganglions et la glande sous-maxillaire alors même qu'ils semblent absolument intacts ; il fait ce qu'il appelle un « curage complet du plancher de la bouche. »

En général, l'envahissement ganglionnaire semble avoir eu une cause occasionnelle : cautérisation intempestive, irritation quelconque et surtout opération incomplète et tardive.

Le volume des ganglions varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf ; quand plusieurs ganglions se fusionnent, ils peuvent présenter la grosseur d'une orange.

A cette période, une coupe montre qu'ils sont farcis de points jaunes.

Les ganglions peuvent mettre de un à plusieurs mois pour se ramollir et alors ils contiennent, au lieu de pus, un liquide ichoreux, fétide, identique à celui que sécrète l'ulcère lingual, et tenant en suspension des grumeaux formés par des amas épithéliaux.

En résumé, je crois qu'il faut distinguer avec le Dr Guéret, trois formes de lésions ganglionnaires dans l'épithélioma :

1° « Suppuration vraie d'un ganglion qui paraissait sous la »dépendance d'un épithélioma. » Ici le cancroïde a agi non comme cause spécifique, mais comme cause d'irritation banale.

2° « Suppuration dans un ganglion envahi par la dégéné»rescence et dans ce cas le pus contient des éléments carac»téristiques faciles à reconnaître au microscope : cellules

»épithéliales, globes épidermiques ; mais dans ce cas, si le »foyer est ouvert, l'écoulement purulent fait vite place à »l'écoulement ichoreux de l'épithélioma.

»3° Ramollissement sans suppuration des ganglions en»vahis, existence d'un liquide putride tenant en suspension »des détritus ganglionnaires et épithéliaux. »

4° A ces trois formes, il faut ajouter ce que Th. Anger appelle : infiltration puriforme phlegmoneuse qui n'est autre chose qu'un adéno-phlegmon du cou, provoquant souvent un œdème de la glotte.

La précocité de l'adénopathie semble être favorisée par les diathèses qui, en dehors de l'épithélioma, s'attaquent volontiers anx ganglions : telles la scrofule et la syphilis.

Le Dr Guéret cite dans sa thèse une curieuse observation : Une femme syphilitique fut atteinte d'un épithélioma du pilier gauche du voile du palais, qui fut précédé d'un adénophlegmon suppuré du côté gauche du cou.

Ces ganglions, une fois ouverts, deviennent de nouveaux foyers d'infection épithéliomateux.

L'adénopathie s'annonce par une douleur présentant les caractères de celle du phlegmon ; en même temps apparaît une tuméfaction qui fait de rapides progrès, car l'atmosphère celluleuse du ganglion ne tarde pas à être envahie. La peau est rosée, tendue et chaude. En même temps la tumeur peut, par son volume, comprimer des organes voisins importants; compression qui se révèle par de la dyspnée, du cornage, de la raucité de la voie, de la stase veineuse, etc.

Les ganglions qui étaient d'abord durs, rénitents, se ramollissent au bout d'un temps qui varie suivant les circonstances; la peau prend alors une teinte violacée et s'amincit surtout au point où la perforation se fera.

La marche de l'adénite est-elle rapide et s'est-elle rapprochée de celle d'une inflammation franche ; on peut prédire

que le pus sera bien lié et qu'il y aura des probabilités pour que l'adénite ne devienne pas toujours le siège d'un nouvel ulcère spécifique. Si au contraire l'adénopathie a mis longtemps à évoluer, on peut être sûr de trouver au lieu de pus un ichor fétide, accompagné de bourgeons épithéliomateux. Le pronostic de la tumeur en sera aggravé.

Hémorrhagies. — Elles peuvent survenir à toutes les périodes, mais elles deviennent plus fréquentes et plus graves à mesure que le mal fait des progrès.

Les hémorrhagies tardives sont souvent foudroyantes et constituent un des modes de terminaison du cancroïde. Elles sont produites par l'ulcération d'une artère d'un calibre assez considérable : linguale, faciale et même carotide ; elles sont en outre bien favorisées par l'état général du sujet débilité déjà, soit par des hémorrhagies précédentes, soit par l'inanition.

On les combattra par les moyens hémostatiques habituels, mais il ne faudra pas en attendre de succès durables, l'hémorrhagie se reproduisant dans les points voisins avec une facilité désespérante.

MARCHE.— DURÉE.— TERMINAISON.

Tandis que l'épithélioma peut durer près de 20 ans, quand il est situé à la face, chez les vieillards; les épithéliomas des muqueuses, et parmi eux celui de la langue surtout, marchent avec une rapidité effrayante.

Au point de vue de la rapidité de la marche, on doit distinguer deux périodes. Quand le cancroïde n'est pas encore accompagné d'engorgement ganglionnaire, il se développe lentement et insidieusement, mais dès qu'il est ulcéré et que l'infection ganglionnaire existe, les progrès du mal sont foudroyants.

Trélat s'exprime ainsi dans une de ses cliniques : « Si les »tumeurs de ce genre sont, à leur origine, insidieuses, lentes »dans leur marche, elles ont au contraire une marche pour »ainsi dire foudroyante, pendant les dernières périodes de »leur évolution. »

Néanmoins, la marche du cancroïde lingual est plus lente que celle du carcinome, car l'engorgement ganglionnaire se manifeste moins vite dans le premier, et il n'y a pas, en outre, de généralisation viscérale.

L'âge semble avoir une certaine influence sur la durée du cancroïde ; c'est ainsi que Bouisson et Cruveilhier font remarquer qu'il a une issue d'autant plus rapidement funeste que le sujet est plus jeune.

Si on consulte les nombreuses observations de cancroïdes que la science possède déjà, on voit que la durée moyenne du

mal est de douze à quatorze mois ; mais, je le répète, elle peut être abrégée, si l'on irrite l'épithélioma par des cautérisations ou par une opération incomplète.

Quant à la terminaison, quel que soit son mode, elle est toujours funeste. Broca, en 1856, dans son Traité du cancer et des pseudo-cancers, disait déjà : « Abandonnés à eux-»mêmes, les épithéliomas se terminent constamment par la »mort. »

Pour le cancer du sein, on a cité des cas de guérison spontanée par élimination du néoplasme à la suite de la gangrène survenant d'elle-même.

Trélat cite des cas semblables pour le cancroïde lingual.

Les terminaisons les plus fréquentes sont les suivantes :

Dans les cancers étendus de la base, et surtout avant l'emploi de la sonde œsophagienne, le malade est exposé à mourir de faim.

Les hémorrhagies, surtout celles qui proviennent d'un gros vaisseau, constituent une des causes de mort les plus rapides et les plus communes.

J'en ai déjà parlé, je ne m'y arrête pas davantage.

La cachexie est moins précoce, moins apparente que dans le cancer vrai, mais elle existe cependant, elle a plusieurs causes : inanition, souffrances physiques et morales, insomnie, petites hémorrhagies répétées, auto-infection purulente.

L'asphyxie peut se produire avant l'opération à la suite d'un œdème de la glotte, d'un adéno-phlegmon du cou, d'une fragmentation de la tumeur, d'une hémorrhagie abondante se faisant dans la gorge ; ou bien après l'opération, par suite d'un œdème de la glotte. Dans une observation que l'on trouvera plus loin, et bien que l'autopsie n'ait pu être faite, M. le professeur Dubrueil a cru pouvoir accuser l'œdème glottique d'avoir mis fin aux jours du malade.

La pneumonie septique peut certainement se produire à

la suite du cancroïde buccal, mais son mécanisme est encore obscur.

Y a-t-il transport direct de matières septiques de la bouche au poumon? Trélat soutient que non. Th. Anger cite une observation de Morel-Lavallée, et il croit pouvoir attribuer les phénomènes de gangrène pulmonaire, dans ce cas particulier, à une lésion du pneumogastrique et du grand sympathique.

Les allemands admettent aussi des inflammations pulmonaires consécutives aux affections de la bouche, sans les expliquer mieux.

Goyrand, Chassaignac, Nélaton et bien d'autres avec eux ont vu fréquemment le cancroïde de la langue se terminer par infection purulente.

Enfin, l'érysipèle (Tillaux, Gosselin) constitue encore un mode de terminaison. L'érysipèle a pu avoir, cependant, un résultat contraire ; il a amené, pour quelques jours seulement, la disparition de la tumeur ; l'observation d'un cas semblable appartient à M. Pamard qui l'a présentée à la société de chirurgie en 1882.

Il s'agit d'un sujet porteur d'une syphilis, d'un psoriasis palmaire et d'un épithélioma ulcéré siégeant sur la moitié droite de la langue.

La mère du malade était morte, quelques années auparavant, d'un carcinome utérin.

Un traitement spécifique modifie heureusement le psoriasis palmaire, mais non la tumeur linguale qui, au contraire, augmente de volume. En octobre 1880, les ganglions n'étaient ni engorgés, ni indurés, on fait l'ablation large de la tumeur.

En février 1881, le malade présente un engorgement ganglionnaire sous-maxillaire du côté gauche, en même temps qu'une tumeur cancéreuse située sur la moitié gauche de la langue. Cette tumeur avait le volume du poing.

Le 21 août, un érysipèle de la face se déclare; la tumeur linguale disparaît presque en entier, seulement elle reparaît quelques jours après avec son volume primitif, et elle s'accompagne d'une tumeur végétante occupant la moitié gauche du plancher buccal.

Le 14 octobre, on injecte au centre de la tumeur 1 c.c. de solution concentrée de papaïne; mais à la suite de ce traitement, eschares, gangrène, cachexie et mort le 9 novembre.

J'ajouterai que l'érysipèle a fait disparaître une tumeur linguale (était-ce un épithélioma?) (Nélaton), une tumeur encéphaloïde sous-maxillaire (Bérard), un cancer encéphaloïde du sein (Delens). Enfin, Ollier affirme que d'autres maladies fébriles peuvent avoir la même influence.

CHAPITRE IV.

PRONOSTIC.

Tous les chirurgiens s'accordent à regarder le cancroïde de la langue comme très grave.

« Maladie fatalement mortelle, le cancer est incurable par »les seuls efforts de la nature, et trop souvent il échappe à »l'action du chirurgien», dit M. Bouisson.

Pour Follin et Duplay, « l'épithélioma de la langue peut »être rangé parmi les plus graves.»

Trélat (clinique de l'hôpital Necker) dit que ce mal est « un »des plus graves et des plus désespérants que le chirurgien »puisse rencontrer.» Cependant il se plaît à reconnaître qu'il ne faut pas être trop pessimiste: «il existe, dit-il, dans la »science un nombre petit mais certain de cas authentiques »de guérison.»

On peut déjà compter les cas de guérison confirmée: Verneuil en cite 4 cas, Delens 1, Kocher 4, Guyon 1, Le Dentu 1, enfin, Trélat en possède trois cas, les voici:

1° Un colonel est atteint de leucoplasie, deux ans après il a un cancer lingual; opération large; au bout de 7 ans, le malade meurt de pneumonie.

2° Epithélioma lingual chez un rhumatisant, le malade revu dix ans après l'opération, est en parfaite santé.

3° Tumeur double. Le diagnostic du cancroïde fut posé par Gosselin, Blachez et Trélat; l'opération fut faite par ce

dernier, et six ans après, le malade n'offrait pas la moindre trace de récidive.

Weber et Simon ont revu un de leur malade bien portant douze ans après l'opération.

Les récidives tendent donc à devenir de moins en moins fréquentes à mesure qu'on apprend à diagnostiquer plus tôt le cancroïde, à l'opérer plus vite et d'une façon beaucoup plus large.

Cependant, les récidives sont malheureusement trop nombreuses encore ; c'est ainsi que Th. Anger assigne comme durée de la guérison temporaire deux ans en moyenne ; toutefois il cite des cas d'après Huguier, Cloquet, Chassaignac où la guérison a persisté trois, quatre et sept ans.

Quant à Trélat, la moyenne de deux ans que donne Th. Anger pour la survie après l'opération n'est pas suffisante ; il lui semble qu'on doit la porter à trois ans. Després n'admet pas la guérison définitive ; il prétend que si la récidive ne s'est pas montrée après dix ans, c'est qu'on a opéré autre chose qu'un cancer.

Thiersch et Labbé prennent un moyen terme : il soutiennent qu'une opération large et précoce peut mettre à l'abri d'une récidive *in situ ;* mais qu'on aura toujours une récidive dans les ganglions au bout d'un temps relativement court.

De ces opinions diverses que dois-je conclure ? Je crois qu'on peut admettre hardiment la guérison complète et définitive. On ne fera pas l'injure à des chirurgiens tels que Bouisson, Verneuil, Trélat, Blachez, Guyon, Kocher, Delens, Le Dentu, de croire qu'ils ne savent pas distinguer l'épithélioma de la langue d'autres affections qui, dans certains cas, peuvent induire en erreur ; force nous est donc de nous ranger de leur avis, et d'admettre avec eux la curabilité de l'épithélioma de la langue. J'emprunterai donc à Trélat cette

conclusion: «Reconnaissez vite la tumeur et opérez-la immé-»diatement, vous aurez grande chance de succès.»

Quant au siège de la récidive, je rappellerai qu'il peut avoir lieu sur place, ou dans les ganglions et plus souvent dans ces deux foyers immédiatement.

Broca avait déjà, en 1856, insisté sur ce fait que le cancroïde à l'inverse du vrai cancer ne se propage pas par noyaux isolés et n'ayant aucun lien entre eux, mais bien par «continuation»; on conçoit donc qu'une ablation large et entière mette à l'abri de la récidive. Les insuccès obtenus sont donc dus ou à la timidité du chirurgien, ou à l'étendue déjà trop considérable du mal quand le chirurgien a été à même d'intervenir.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC

Cette question ayant été remarquablement traitée dans les thèses d'Anger et de Cuxac sur le cancer lingual, j'ai cru bien faire en m'inspirant de leurs idées et en adoptant leurs divisions.

J'envisagerai d'abord le cas où l'on est en présence d'un épithélioma superficiel.

Hypertrophie papillaire ou papillome simple.— On consultera l'âge du malade. La marche lente de la lésion, le défaut d'induration du point de la muqueuse sur lequel repose le papillome, l'absence de douleur et de salivation, l'intégrité complète et la couleur normale du revêtement épithélial éloigneront l'idée de cancroïde.

Psoriasis.— Je ne reviendrai pas sur la difficulté qu'offre le diagnostic dans certains cas. Il n'y a qu'un seul caractère qui soit pathognomonique du cancroïde, c'est la présence des vermiothes de Virchow. On a bien dit que l'engorgement ganglionnaire était absent dans le psoriasis, mais outre qu'il se manifeste quelquefois assez tard dans l'épithélioma, il existerait parfaitement d'après Olivier (Th. Paris 1880) dans certains psoriasis anciens. L'induration due à l'épithélioma serait souvent simulée par des nodules coïncidant parfois

avec le psoriasis, mais ici ne serait-on pas déjà en présence d'un psoriasis transformé en épithélioma?

Le diagnostic de l'épithélioma est fait en ces termes par Mauriac: «L'érosion des papilles hypertrophiées, l'épaississement, l'induration et l'agrandissement progressif de leur »base, constituent les signes les moins équivoques du changement. Quand l'épithélioma les envahit, la prolifération »cellulaire déforme leurs corps, les rend coniques et effile »leurs extrémités.» Il faut joindre à ces signes, à une période plus avancée, une salivation excessive, des ulcères fongueux, l'engorgement ganglionnaire, l'augmentation de volume et la déformation de la langue, les douleurs lancinantes et l'otalgie, enfin, l'examen histologique d'un petit fragment de la tumeur.

Chancre lingual. — C'est une ulcération arrondie, peu profonde, à bords saillants non fongueux, à fond uni et grisâtre, comme pultacé. Il est indolent, il s'accompagne d'une adénopathie précoce, multiple, peu douloureuse et ne suppurant jamais. Les anamnestiques mettront sur la voie et le traitement mercuriel sera souverain. En outre, le chancre sera quelquefois multiple et siègera le plus souvent sur la pointe.

Plaques muqueuses. — Elles peuvent varier d'aspect, mais ne se présentent jamais sous la forme d'une tumeur ; elles sont multiples, accompagnées d'autres plaques muqueuses sur les lèvres, les joues, le voile du palais, les piliers ou les amygdales. Elles ont été précédées d'un chancre, et on trouve le plus souvent d'autres signes de syphilis. Je n'insiste pas de nouveau sur l'importance des anamnestiques et du traitement.

Glossites. — Les glossites sont chroniques ou aiguës, générales ou locales.

La glossite locale chronique est provoquée et entretenue par l'irritation produite par une pointe de dent ou par la brûlure chronique produite par la pipe et qu'on nomme vulgairement plaque laiteuse des fumeurs. Cette glossite disparaîtra rapidement lorsqu'on aura supprimé la cause, et l'efficacité de l'avulsion de la dent coupable ou la suppression du tabac, aidées de quelques gargarismes au chlorate de potasse démontreront bien la nature essentiellement bénigne de l'affection.

La glossite générale chronique se présente sous la forme de plaques irrégulièrement desquamées, avec hypertrophie papillaire et sillons non ulcérés et généralement superficiels. Elle ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire ni d'autres symptômes du cancroïde.

La glossite mercurielle est en même temps accompagnée de stomatite intense surtout au niveau des dents cariées ou de la dernière molaire et du côté où se couche habituellement le sujet. Les anamnestiques seront ici d'un grand secours ; il faudra se demander si par sa profession ou ses maladies le sujet n'a pas pu absorber du mercure sous quelque forme que ce soit. La suppression de la cause sera encore un bon élément de diagnostic et de traitement.

Desprès cite un cas de glossite avec ulcération provoquée par l'arsenic ; comme moyen de diagnostic, il se servit du nitrate d'argent qui n'a aucune influence dans le cancroïde et qui amena la guérison de cette glossite arsénicale.

Tubercules ulcérés. — Ils sont multiples, il y a coexistence de tubercules crus ; il n'y a pas d'adénopathie ; en même temps des tubercules se manifestent dans les poumons, le

péritoine, les testicules ou dans d'autres organes. L'ulcération tuberculeuse est arrondie, à bords légèrement saillants, rarement indurés, jamais décollés ni taillés à pic; il y a en outre d'autres ulcérations du même genre sur les amygdales, les piliers et le voile du palais.

Un bon signe est aussi fourni par le genre de douleur. Dans le cancroïde, elle est spontanée et ne se montre pas plus intense pendant les repas; dans l'ulcération tuberculeuse, elle est surtout intense au moment des repas et parfois si terrible que le malade aime mieux se priver de manger que de réveiller de telles souffrances.

Fibromes. — Ce sont des tumeurs indolentes, ne gênant que par leur volume, arrondies, assez dures, mais à contours assez bien limités, ne s'ulcérant pas spontanément. L'engorgement ganglionnaire fait défaut.

Les lipomes offrent la plupart des caractères qui appartiennent aux fibromes, seulement ils sont moins durs au toucher, en outre, ils sont excessivement rares à la langue et peuvent se produire chez de tout jeunes sujets.

Je ne parlerai pas des autres tumeurs telles que anévrysmes, varices, tumeurs érectiles qui offrent trop de caractères différentiels d'avec le cancroïde, pour pouvoir être confondus avec lui.

Le cancer profond pourra, avant la période d'ulcération, êtrs distingué des tumeurs suivantes:

Lipomes et Fibromes.— Je ne reviens pas sur leurs caractères que je viens de donner.

Kystes. — Ils sont situés le plus souvent à la base de la langue, sont fluctuants et peuvent apparaître dans le jeune âge. Une ponction capillaire viendra lever tous les doutes.

Tumeurs syphilitiques — Importance quelquefois capitale des commémoratifs. Les gommes sont situées à la partie médiane de la base, d'après Boyer; c'est vrai dans la majorité des cas, mais de même qu'on a vu des gommes à la pointe ou sur les bords de la langue, on pourra aussi trouver le cancroïde sur la ligne médiane et à la base.

Donc, ce signe que Boyer croyait à tort pathognomonique, devra, pour avoir de la valeur, être associé à d'autres plus sérieux. Tandis que le cancer est unique, les gommes sont multiples, la langue semble être « rembourrée de noisettes. » L'infection ganglionnaire accompagne très rarement les gommes; enfin, les gommes se ramollissent du centre à la périphérie. Je parlerai dans un moment du diagnostic des gommes ulcérées.

Abcès. — Les abcès de la langue sont ordinairement aigus, et il est alors facile de les distinguer du cancer par la rapidité de leur marche, la nature des douleurs qui ne sont nullement lancinantes, mais phlegmoneuses, la présence du pus à brève échéance. Dans les abcès chroniques, il y a fluctuation, saillie régulière, pas d'induration périphérique; ces caractères ne sont pas toujours assez nets pour empêcher l'erreur de la part d'un chirurgien attentif et instruit. Létiévant (*in* Thèse de Cuxac), avoue avoir deux fois pris un abcès chronique pour un cancer lingual. Il faudra donc avoir toujours ces cas présents à l'esprit, pour n'avoir pas à appliquer à un simple abcès froid, une opération telle que l'ablation de la langue, alors que le mal est justiciable d'une simple incision au bistouri.

Quelles sont les maladies qu'il faut distinguer du cancer ulcéré ?

Dans la syphilis tertiaire, la glossite se traduit par des plaques d'un rouge vineux entremêlées d'ulcérations et de plaques blanchâtres avec fissures plus ou moins profondes, mais non fongueuses et ne saignant pas au moindre contact comme le cancer. En outre, Fournier signale un aspect lobulé de la langue qui est pathognomonique de la syphilis. Ici, il n'y a pas de tumeur à proprement parler, les lésions sont très étendues, assez superficielles, irrégulières, guérissant par places pour reparaître sur d'autres points, enfin parfaitement justiciables de l'iodure de potassium qui, on le sait, ne fait que hâter la marche du cancer.

Gommes. — Le diagnostic est quelquefois très difficile, témoin l'observation de Nuhn (*in* Bouisson), chirurgien de l'hôpital de Midlessex, à Londres: une fille de 14 ans portait à la langue une tumeur offrant tous les caractères du cancer; cette tumeur était de nature syphilitique, elle disparut au bout d'un mois de traitement spécifique.

C'est donc surtout dans ce cas qu'il ne faudra pas oublier de demander aux anamnestiques tout ce qu'ils peuvent nous donner ; mais il peut se faire que le malade ne puisse pas ou ne veuille pas nous donner les renseignements nécessaires ; il faudra alors se servir des signes.

D'abord, la gomme ulcérée sera le plus souvent accompagnée d'autres gommes ulcérées elles-mêmes, ou non ulcérées. L'induration des syphilides gommeuses est moins ferme, moins inégale, moins bosselée, moins disposée à saigner au moindre frottement; « le cancroïde, dit Fournier, » est une tumeur, tandis que la gomme est une ulcération » sans tumeur.» Les bords de l'ulcère cancéreux sont saillants, indurés, c'est le bourrelet cancroïdien » de Fournier; les

bords de l'ulcère gommeux sont minces, décollés et sans induration; en outre, ils sont lisses, non végétants; cet ulcère est taillé à l'emporte-pièce, en forme de puits. Le fond de la gomme est recouvert d'une mince couche pultacée, il saigne difficilement (ce dernier signe est très important d'après Fournier), la sécrétion de la gomme est à peu près nulle, la langue n'est pas trop gênée et les douleurs spontanées n'existent pas. Les phénomènes de cachexie n'existent pas, l'otalgie fait défaut, l'engorgement ganglionnaire est l'exception. En dernière analyse, on peut suivre la conduite de Fournier qui administre le traitement anti-syphilitique, mais pendant quelques jours seulement. Cet essai thérapeutique dangereux au cas où l'on est en présence d'un cancer, dont il ne fait qu'activer la marche, est formellement rejeté par Larrey, Verneuil, Th. Anger et nombre d'auteurs.

Corps étrangers. — Boyer, Velpeau, Erichson, Bouisson, etc., ont cité des observations dans lesquelles des corps étrangers : balles, fragment d'os, de dents, morceau de tuyau de pipe s'étaient enkystés assez profondément pour être méconnus à un examen attentif.

Demarquay affirme que, dans de tels cas, il existe toujours un trajet fistuleux, et qu'un stylet introduit dans ce trajet vient butter contre le corps étranger établissant ainsi le diagnostic.

On voit donc, d'après ce qui vient d'être dit, que si le diagnostic du cancer de la langue est facile dans la plupart des cas, il peut devenir d'une difficulté excessive, quand il y a par exemple coexistence de la syphilis et du cancroïde.

M. Bouisson insiste sur l'importance, dans tous les cas, de l'âge, des anamnestiques, de l'hérédité, de l'étiologie et de la marche.

Je me résume en disant avec Th. Anger :

« L'âge avancé de l'individu, le caractère lancinant des »douleurs, leur irradiation vers l'oreille, constituent les trois »meilleurs signes rationnels qui appartiennent à l'épithélioma »et le différencient des affections syphilitiques. »

CHAPITRE VI.

Observation I.

W. Jean, âgé de 50 ans, natif de Mulhouse, domicilié à Aix, entre le 24 octobre 1881 dans le service chirurgical de M. Tédenat, salle Saint-Eloi, n° 45.

Pas d'antécédants héréditaires. Le malade a toujours joui d'une bonne santé. Constitution vigoureuse. W. entre à l'hôpital pour une tumeur cancéreuse siégeant à la face dorsale de la langue, sur la moitié gauche de cet organe. L'excroissance formée par le néoplasme a le volume d'une noix et est assez bien délimitée. Elle offre l'aspect d'une verrue considérable, fendillée, creusée de sillons assez profonds et remplis d'une sanie fétide. Les ganglions ne sont pas atteints, du moins autant qu'on peut en juger par le toucher, ils ne sont ni indurés ni adhérents.

La déglutition est facile, mais l'articulation des mots à peu près impossible.

L'origine de la tumeur remonte au mois de mars 1881 ; la langue devient plus volumineuse, puis l'induration apparaît dans un point circonscrit, il semble au malade qu'il a un morceau de parchemin collé sur le point où siège la tumeur. Il y a de la gêne, mais pas de douleur proprement dite, pas de douleurs lancinantes ni d'otalgie. En même temps la salivation devenait plus abondante et laissait un mauvais goût dans la bouche.

Le malade n'a jamais pris soin de sa bouche, ses dents

sont recouvertes d'une épaisse couche de tartre, mais elle ne sont ni cassées ni cariées, et au niveau de la tumeur il n'existe ni saillie ni bord tranchant dentaire qui puisse faire penser à une ulcération traumatique.

W. est un fumeur de profession, il se sert d'une pipe à tuyau court.

Quatre jours après son entrée, le malade est chloroformé. L'opération est faite à l'aide des ciseaux galvano-cautère. Tout d'abord il y a peu de sang de perdu, mais à un certain moment une hémorrhagie assez abondante survenant, on place deux ligatures et on applique quelques tampons de charpie imbibés d'eau de Léchelle. Un lavage est fait avec une seringue chargée d'une solution phéniquée froide à 2,50 p. 100. Quelques fragmeuts de glace dans la bouche, de temps à autre.

Dans l'après-midi du jour de l'opération, l'état du malade est satisfaisant.

Léger mouvement fébrile sur le soir, facilement déprimé par 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

31 octobre, 1^er^ et 2 novembre. Bouillon, vin, potion au rhum et quinquina. Sulfate de quinine 0 gr. 50. Glace dans la bouche. Température normale. Même état jusqu'au 8 novembre, le malade continuant à aller de mieux en mieux. La plaie a très bon aspect.

8 novembre. Jus de viande, tapioca, vin, potion au rhum et quinquina.

9 novembre. Le malade est presque guéri.

Solution de chlorate de potasse en gargarisme. Viande hâchée.

Le 20 novembre, le malade, sur sa demande, sort de l'hôpital complètement guéri.

Observation II.

Jean T..., âgé de 53 ans, habitant Bédarieux, entre dans le service chirurgical, salle des payants, N° 1, dans les premiers jours du mois de mars 1883.

Antécédents héréditaires nuls; le malade n'a jamais fait de maladie grave, mais il offrait dans son jeune âge plusieurs signes de scrofule : ganglions cervicaux engorgés, conjonctivites fréquentes et rebelles. Le sujet affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Actuellement l'état général, malgré la présence de la tumeur, est satifaisant.

Tumeur cancroïdale siégeant à la face inférieure de la langue, sur la moitié droite et en partie sur le même bord; le point de jonction de la langue avec le plancher est envahi par le néoplasme, le maxillaire paraît sain. La tumeur a apparu sous forme d'un petit bouton sur la face inférieure et près du bord ; il y a de cela un an à peu près.

L'ulcération a les dimensions et la forme d'une pièce de 1 franc; mais l'induration qui est plus considérable s'étend vers le plancher buccal. Les ganglions sont indemnes.

Le malade souffre peu, il y a surtout de la gêne pour parler et pour déglutir. A part cela, le malade dort bien et n'a jamais eu de doulenrs irradiées dans l'oreille.

On propose l'opération, le malade hésite, puis sort pour consulter sa famille; il rentre au bout de quelques jours, le 15 mars 1883. On l'opère le surlendemain 17 mars.

Le malade, non chloroformé, est assis sur une chaise à dossier élevé, un aide lui maintient solidement la tête, un autre lui tire la langue au moyen d'une pince à griffes.

On se sert du bistouri pendant la première partie de

l'opération. Une longue incision en fer à cheval est pratiquée au-dessous et en arrière du bord inférieur du maxillaire. Pas d'hémorrhagie sérieuse; pas de grosses artères à lier. Le malade supporte bien la douleur. L'amputation de la langue est faite rapidement au thermo-cautère, qui sert à enlever toutes les parties suspectes; la face interne droite du maxillaire inférieur est ruginée.

L'opération a duré près d'une heure. On applique un pansement de Lister.

La réaction fut peu intense, comme on pourra en juger par le tableau des températures. La température qui le lendemain de l'opération était de 38°2, n'a jamais ensuite dépassé 38°.

Températures :

	Matin.	Soir.
17 mars		37,6
18 —	38,2	38
19 —	37,5	38
20 —	37,6	37
21 —	36,7	37

A partir du 21 mars, l'apyrexie étant complète, on ne prend plus la température. Le malade se trouve bien, ne souffre pas et repose bien pendant la nuit, mais il ne peut pas prononcer un seul mot. Le malade nourri à la sonde œsophagienne, avale chaque jour à midi et à six heures trois seringues d'un mélange de vin et de bouillon. Quelques jours plus tard, on ajoute de la poudre de viande délayée dans le bouillon. On est obligé de faire deux pansements par jour, la suppuration étant très abondante.

Le malade va de mieux en mieux, bégaye quelques mots, lorsque 21 jours après l'opération survient un accident. Le dimanche soir, 8 avril, à 11 heures, le malade éprouva une

gêne croissante de la respiration. Il succombe la nuit même à 3 heures. L'autopsie n'a pu être faite, mais on a cru pouvoir attribuer la mort à un œdème de la glotte.

Observation III.

D. Etienne, cultivateur, né à Marsillargues, âgé de 49 ans, entre le 27 mars 1884, dans le service chirurgical de M. le professeur-agrégé Tédenat. Il occupe le lit N° 45 de la salle Saint-Eloi.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels. Actuellement le malade est fortement amaigri. Le malade fume depuis l'âge de 16 ans.

Au début le malade s'aperçut qu'il était porteur d'un petit bouton sur le tiers moyen du bord droit de la langue. Ce petit bouton était écailleux et se desquamait continuellement, il a débuté il y a à peu près un mois. Les douleurs sont peu intenses et semblent être calmées par une pression ou une morsure légère ; depuis quelques jours il y a de l'otalgie ; les douleurs d'oreille plus vives pendant la nuit, interrompent le sommeil à chaque instant. Le goût est intact, la parole pénible et la déglutition difficile. Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont légèrement engorgés et indurés.

Le malade n'est pas anesthésié ; on l'assied sur une chaise ; ou lui maintient la tête.

L'opération commencée au thermo-cautère est achevée à l'aide de l'écraseur de Chassaignac; on donne un coup de cliquet chaque 30 secondes. Pas d'hémorrhagie immédiate.

Dans la nuit qui a suivi l'opération, le malade n'a pas dormi ;

il est agité et a la fièvre. Le malade est nourri à la sonde œsophagienne. On lui donne un gargarisme ainsi composé:

Chlorate de potasse.....	2 gr.
Eau de cologne.....	20 gr.
Eau.....	150 gr.

Le soir de l'opération, une hémorrhagie assez grave; l'interne de service applique cinq pinces à pression continue, il pratique une cautérisation au thermocautère, et place des tampons imbibés de perchlorure de fer.

Le 7 avril, 8 jours après l'opération, la guérison est complète. Le malade ne souffre plus, dort bien et a bon appétit.

Voici le tableau des températures:

Mars	30	—	38.6
	31	38	39
Avril	1	38	39.2
	2	38.5	39
	3	38.2	38
	4	37.5	37.4
	5	37.2	37.5
	6	37	37

Le malade sort guéri le 14 avril. Mais déjà nous constatons qu'il porte à la place où se trouvait la plaie résultant de l'opération, une plaque de psoriasis d'une pièce de cinquante centimes, ce qui fait craindre une récidive.

La tumeur enlevée avait le volume d'une grosse noisette, elle était ulcérée à son sommet et recouverte d'ichor. On pouvait, par la pression latérale, faire apparaître nettement les cylindres épithéliaux caractéristiques, signalés par Virchow.

FIN.

Vu bon à imprimer:
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu:
Le Président censeur,
BENOIT.

Permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

BIBLIOGRAPHIE

Anger (Th). — Cancer de la langue (Th. d'agrégation, 1872).
Azzio Caselli. — Anovo processo per l'amputazione della lingua (giorn. della R. accademia di med, di Torino) mai 1880.
Billroth. — *Archiv. f. Klin. chir.*, t. XVI, 1874.
Bœchel. — *Gaz. de Strasbourg*, 188, 9.
Boyer. — Thèse de Paris, 1865.
Bridou. — Thèse de Paris, 1872.
Bouisson. — Dict. encycl., art. *Langue*, 1868.
Berger. — Société de chirurgie, 22 février, 1882.
Broca. — Traité des tumeurs, t. II.
Bull. — *Med. News*, 24 nov. 1883.
Blaker. — *The Lancet*, 2 juin 1883.
Cullerier. — *Journal général de médecine*. t. XXXIV, 1823.
Chassaignac. — *Bull. de thérapeut.*, t. XLI, 1856.
Capmas. — Th. Paris, 1866.
Cuxac. — Th. de Montpellier, 1876.
Cruveilher. — Soc. de chirurg., 9 juin 1880.
Cornil. — Dict. encycl. des sciences méd., art. *Cancer*.
Debove. — Psoriasis buccal, th. Paris, 1873.
Dauvé. — Soc. de chirurgie, 1er mars 1876.
Duplay et Marot. — *Progrès médical*, 25 mars 1874.
Desprès, — *Gaz. des hôpitaux*, 22 avril 1880,
Duplaix. — Soc. anatom., mars 1880.
Demarquay. — *Union médicale*., 1858.
Desprès. — Soc. de chirurg., 22 nov. 1882.
Dupérier. — Th. Paris, 1883.
Euthyboule. — Th. Paris, 1877.
Elder. — *The Lancet*, 25 février 1882.
Eklund. — Ann. de derm. et de syphil., avril 1883.
Frodet. — Soc. de chirurg., 8 mars 1876.
Fourgs. — Th. Paris, 1880
Féré. — Soc. anat., octob. 1880
Foilin et Duplay. — Path. externe.
Fiorani. — Annali univ. di med. e chirur., mai 1882.
Favilie Clarke. — The practitioner, août 1874.

Gosselin. — *Journ. de Méd. et chir. prat.*, déc. 1876.
Guibout. — *Gazette des Hôpit.*, 1877.
Guerét. — Th. Paris, 1880.
Gaillard. — Th. Paris, 1880.
Guillier. — Th. Paris, 1881.
Gayraud. — *Bull. soc. chir.*, t. v, 1854-55.
Goodhart. — *Quart. journ. of micr. sc.*, janv. 1875.
Hulke. — *Med. Times and gaz.*, 8 février 1873.
Hulke. — — 25 janvier 1873.
Higguet. — Soc. méd. de Liège, 1876.
Hairtaux. — Th. Paris, 1860.
Hertzka. — Deutsche med. woch. 1881,
Hardy. — Dict. de méd. et de chirurg. prat., t. xxx, *Psoriasis*.
Heath. — *Brith. med. journ.*, 1881, juin.
Jacobson. — *The Lancet*, 21 avril 1883.
Larrieu. — Thèse Paris, 1882.
Langenbeck. — *Berlen Klin. Wochens*, 13 juin 1882.
Lamarre de Saint-Germain. — Soc. chir., 2 février, 1881.
Maisonneuve. — Cancroïde de la langue, *Gaz. des hôpit.*, 1854.
Mirault. — Mém. acad. de méd, 1835.
Miallet. — Th. Paris, 1865:
Maisonnenve. — Cliniq chir., 1864.
Michelson. — *Berlin, klin. woch.*, 2 mai 1882.
Merklen. — Ann. de dermat., mars-avril 1883.
Morris. — *The Lancet*, mai 1882.
May (Bermet). — *The Lancet*, 10 juin 1882.
Marshall. — *The Lancet*, 16 septembre 1882, février 1882.
Meunier. — Soc. anat., 23 décembre 1882.
Mauriac. — *Union méd.*, 1873.
Nédopil. — *Archiv. f. klin. chir.*, 1876.
Ollivier. — Thèse de Montpellier, 1877.
Ogilvie Will. — *The Lancet*, 1877.
Pilate. — Bull. de soc. de chirurg., 1880.
Pelletier. — Th. Paris, 1879.
Pamard. — Soc. de chir., 12 avril 1882.
Page (Fred.). — *The Lancet*, 27 août 1881.
Quinol. — Th. Paris, 1876
Rédard. — Soc. anat., décembre 1878.
Roux. — Th. Paris, 1878.
Robert. — Th. de Paris, 1856.
Sorison (Léon). — Th. Paris, 1878.
Sédillot. — Acad. des sc., 1844.
Spanton-Dunnet. — *Lancet*, 4 juin 1881.
Terrillon. — *Bull. gen. de thérap.*, 1881.
Trélat. — Soc. de chirurg., 8 déc. 1875.
Toylos (Janses). — *Lancet*, 27 août 1881.
Treves. — *Lancet*, 21 avril 1883.

Taylor. — *Journ. of cutan. and. ven. dis.*, oct. 1883.
Witchead.— *Lancet*, 8 fév. 1873.
Walcher. — *Gaz. med. Strasb.*, 1879.
Vaulair. — *Revue mens.*, mars 1880
Voranger. — Th. Paris, 1836.
Verneuil. — *Journ. méd. et chirurg. prat.* 1883.
Verneuil. — *Gaz. des hôpit.*, 30 août 1882.
Weiss. — Soc. chirurg., 24 janvier 1883.
Verneuil. — Soc. de chir., 10 novembre 1880.
Verneuil. — — 1880.
Vidal. — *Union méd.*, 4 janvier 1883.
Wœlfler. — *Berlin. klin. wochens*, 24 mai 1880.
Witchead. — *Lancet*, oct. 1881.
Wœlfler. — *Arch. f. klin. chir.*, Bd. XXVI.

QUESTIONS TIREES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine qua non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Étude sur l'épithélioma de la langue.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !